

Atención diferenciada a madres adolescentes en el Hospital "Los Andes"	Título
Paye Vargas, Liliam Luzmila - Autor/a;	Autor(es)
Buenos Aires	Lugar
CLACSO	Editorial/Editor
2015	Fecha
Serie Documentos de Trabajo, Red de Posgrados, no. 55	Colección
Prevención; Embarazo adolescente; Salud reproductiva; Bolivia;	Temas
Doc. de trabajo / Informes	Tipo de documento
"http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/posgrados/20150925045917/Paye_Final_Paz.pdf"	URL
Reconocimiento-No Comercial-Sin Derivadas CC BY-NC-ND http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/deed.es	Licencia

Seguí buscando en la Red de Bibliotecas Virtuales de CLACSO
<http://biblioteca.clacso.edu.ar>

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)
Conselho Latino-americano de Ciências Sociais (CLACSO)
Latin American Council of Social Sciences (CLACSO)
www.clacso.edu.ar



Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales
Conselho Latino-americano de Ciências Sociais
Latin American Council of Social Sciences



CLACSO
#55

RED DE POSGRADOS DOCUMENTOS DE TRABAJO

Atención diferenciada a madres adolescentes en el Hospital “Los Andes”

Liliam Luzmila Paye Vargas

2015

Paye Vargas, Liliam Luzmila

Atención diferenciada a madres adolescentes en el Hospital Los Andes / Liliam Luzmila Paye Vargas. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CLACSO, 2015.

Libro digital, PDF - (Red CLACSO de posgrados / Gentili, Pablo; Saforcada, Fernanda)

Archivo Digital: descarga

ISBN 978-987-722-106-0

1. Juventud. 2. Acción Política. I. Título.

CDD 305.23

CLACSO

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - Conselho Latino-americano de Ciências Sociais

Secretario Ejecutivo de CLACSO Pablo Gentili

Directora Académica Fernanda Saforcada

Estados Unidos 1168 | C1101AAX Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Tel. [54 11] 4304 9145 | Fax [54 11] 4305 0875 |

<clacsoinst@clacso.edu.ar> | <www.clacso.org>



Colección Red CLACSO de Posgrados en Ciencias Sociales

Directores

Pablo Gentili y Fernanda Saforcada

Red de Posgrados en Ciencias Sociales

Coordinador

Nicolás Arata

Asistentes

Inés Gómez, Denis Rojas, Alejandro Gambina

Área de Acceso Abierto al Conocimiento y Difusión

Coordinador Editorial

Lucas Sablich

Coordinador de Arte

Marcelo Giardino

Este artículo es producto de la Tercera Escuela Internacional de la Red de Postgrado en Infancia y Juventud “Democracia, derechos humanos y ciudadanía: infancias y juventudes en América Latina” (CLACSO/ CAEU-OEI). Es una síntesis de la investigación denominada “Sistematización de una experiencia en la Atención Diferenciada a Madres Adolescentes en el Hospital Materno Infantil Los Andes, 2007-2011”, desarrollada en la ciudad de El Alto, entre diciembre de 2012 y marzo de 2013, presentada por la autora en el Diplomado en Investigación/Acción en Género e Infancias de CIDES-UMSA, con la colaboración de UNICEF.

Las opiniones vertidas en este documento son exclusiva responsabilidad del autor y no necesariamente expresan la posición de CLACSO.

© Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales

Red de Posgrados

ISBN 978-987-722-106-0

Patrocinado por



Resumen

El artículo trata sobre una experiencia en el abordaje con madres adolescentes quienes enfrentan situaciones diversas en la vulneración de sus derechos frente a esta problemática surge esta iniciativa el año 2007 y persiste actualmente, responde al enfoque de Atención Diferenciada a Adolescentes (ADA), se desarrolla en el consultorio de la madre adolescente y su hijo en el Hospital “Los Andes”. Consiste en la atención en la especialidad de pediatría a los hijos de adolescentes, siendo la misma minuciosa que mantiene en todo momento un trato afectuoso hacia la madre como hacia el hijo, a partir de esto se toca temas de salud del hijo y de la madre en charlas y/o consejería que se brinda paralelamente a la consulta.

Palabras clave: madres adolescentes, prevención de embarazo adolescente, atención diferenciada.

Introducción

En Bolivia existe evidencia de embarazos y de maternidad en adolescentes menores de 19 años, pero no se cuenta con información estadística para precisar el número de casos, sin embargo, las encuestas de salud brindan datos importantes como las tasas de fecundidad, que al igual que los demás países latinoamericanos muestran un cambio en las tendencias de fecundidad desde la década del 70. La tasa global de fecundidad (TGF) que era de 6,5 hijos por mujer entre 1970/75, en el año 2008 reportó 3,5; en las adolescentes¹ de 15 a 19 años se observa que la tasa específica de fecundidad (TEF) que en los años 70 era de 94,7 nacimientos por cada mil mujeres, en 2008 reportó 88,0.²

Es decir, aunque la fecundidad global muestra un descenso, esto no se refleja igualmente en la fecundidad adolescente (que desciende menos). Los datos presentados concuerdan con los roles tradicionales que tenían las mujeres en los años 70 y antes, época en que la mujer era madre a temprana edad y tenía una mayor cantidad de hijos; cuando el embarazo y la maternidad adolescente no significaban un problema porque reflejaban un estilo de vida muy aceptado y mantenido por la sociedad.

Liliam Luzmila Paye Vargas (CIDES – UMSA): Licenciada en Ciencias de la Educación de la Universidad Mayor de San Andrés de la ciudad de La Paz, Bolivia.

1 Definimos aquí la adolescencia como la etapa de transición de la niñez a la adultez, considerada entre los 10 a 19 años, que maneja la Organización Mundial de la Salud.

2 Tomados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA, 2003 y 2008) y de datos compilados por el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unzué (2009).

Por otra parte, y de acuerdo a la Encuesta Nacional de la Adolescencia y Juventud realizada en 2008, la ciudad de El Alto es la ciudad con mayor incidencia de embarazo adolescente del país, 83% de las encuestadas manifiesta haber tenido un embarazo en la adolescencia.

Vivir la adolescencia en esta ciudad es una cuestión privilegiada de unos pocos, ya que las y los adolescentes asumen roles de adultos desde edades tempranas, puesto que se ven obligados a encargarse de la sobrevivencia familiar por sus condiciones de precariedad económica, sea desde dentro o fuera de los hogares. Los y las adolescentes contribuyen con trabajo remunerado y no remunerado a sus familias, por lo tanto, la maternidad adolescente no es más que una consecuencia de estas situaciones, sometidas desde niñas a los roles impuestos por una sociedad culturalmente machista, las adolescentes asumen con naturalidad un embarazo y la crianza de sus niños.

Dentro de este escenario, la población adolescente es la que menos asiste a los servicios de salud, ya que es la que menos se enferma, no obstante es una población que requiere atención, puesto que en ese mundo adulto, en el que naturalmente se desarrollan, se involucran en conductas riesgosas que comprometen su salud como, entre otras, el alcoholismo, la drogadicción o la actividad sexual en edades tempranas, que pueden desembocar en embarazos no planeados.

Ser madre adolescente no garantiza que ésta acuda a los servicios de salud, en la ciudad de El Alto esta población mantiene varias objeciones a la hora asistir a sus controles o de llevar a sus hijos al control, estas barreras las aleja de los servicios públicos en salud como las largas filas en horas de la madrugada para acceder a una ficha que les garantice la atención, el maltrato médico e indiferente que se les brinda, el clima hostil a la hora de hacer filas y esperar la consulta, el tiempo que demanda el ser atendidas. Peor aun cuando se trata de solicitar orientación sobre anticoncepción, no consultaron antes de su embarazo y no lo hacen cuando ya son madres.

En contraposición con esta situación, surge una iniciativa en el año 2007 que persiste hasta la fecha, responde al enfoque de Atención Diferenciada a Adolescentes (ADA), es el Consultorio de la Madre Adolescente y su hijo que funciona en el Hospital Los Andes. Consiste en brindar la atención en la especialidad de pediatría a los hijos de adolescentes, siendo la misma muy minuciosa que mantiene en todo momento el trato cariñoso y amable hacia la madre como hacia el hijo. Esta interacción entre paciente y médica gana la confianza de la madre en cada consulta, a partir de esto se aborda temas de salud del hijo y de la madre en charlas u consejería que se brinda paralelamente a la consulta.

“La atención diferenciada es una metodología de abordaje integral, biológico, psicológico, social, cultural, que visualiza al adolescente y joven como persona de derecho, con deseos y necesidades particulares que requiere de una relación horizontal y respetuosa entre prestador y usuario. Este abordaje reivindica las acciones de auto ayuda y auto cuidado, como un auténtico cambio, propiciando intervenciones de donde sea posible el empoderamiento y fortalecimiento de la autonomía de los adolescentes” (MSD, 2012:13).

Si bien la normativa de atención en salud al adolescente se instaura en Bolivia desde 1998, está atiende al adolescente usuario de los servicios, no así a la adolescente madre. El hecho de captar a las madres adolescentes al momento de la consulta del hijo es algo novedoso que no se da en las experiencias en salud para adolescentes, y es precisamente una experiencia de este tipo la que rescata la investigación de la que deriva el presente artículo.

1. Metodología

La investigación se enmarca dentro de un estudio cualitativo y de tipo descriptivo, para conocer las distintas características de la experiencia, desde las percepciones acerca de la experiencia, de esta forma se puede interpretar y reflexionar esta realidad compleja e intersubjetiva.

1.1. Elección y justificación de la técnica de investigación

La información necesaria para el análisis del presente trabajo, se realizó utilizando fundamentalmente las siguientes técnicas: entrevistas a profundidad, entrevista no estructurada, entrevista grupal, la observación y la revisión documental. Estas técnicas nos permitieron, a más que hacer énfasis en la representatividad estadística de los resultados, conocer en profundidad el desarrollo de los mecanismos subjetivos que inciden en el fenómeno abordado.

1.2. Identificación del Universo y Actores

El universo que se tomó en cuenta, son las usuarias adolescentes madres que acuden al Hospital Los Andes, para realizar el control de sus niños. La muestra fue conformada por 16 madres que acuden a los servicios de salud pública, de éstas trece son madres adolescentes de 16 a 19 años, tres madres de 21 a 25 años que fueron madres en la adolescencia, se contactó también a dos padres adolescentes de 19 años, además se incluyen dos proveedores de salud.

1.3. Procedimiento

Para el trabajo de campo se contactó con la doctora Cecilia Uribe, responsable de la experiencia con quien se coordinó las entrevistas y las visitas diarias de diciembre de 2012 a marzo de 2013 al consultorio de salud. Las madres que participaron en la presente investigación, son usuarias del hospital, en la mayoría adolescentes que tienen sus hijos y acuden al “Consultorio de la madre adolescente y su hijo” sobre todo para la revisión de pediatría, viven en la ciudad de El Alto, provienen en su mayoría de familias migrantes del área rural altiplánica de La Paz, oscilan en las edades de 16 y 25 años, ya que se trabajó un grupo de madres a partir de 19 años que habían sido madres antes de esta edad. De las entrevistas a profundidad se tomaron algunos testimonios de las diferentes situaciones e historias. Las entrevistas grupales se orientaron a la valoración de las adolescentes con relación a la atención que reciben en este servicio.

Para referirnos a las percepciones de las adolescentes y un adolescente, se utilizaron seudónimos para garantizar la confidencialidad. Las edades y características de los casos corresponden al momento de las entrevistas.

2. Principales hallazgos

2.1. En relación a las madres adolescentes

2.1.1. El trato del personal de salud que se da a la madre adolescente

Para el personal de salud es algo cotidiano ver a las adolescentes madres, según ellos este fenómeno es parte de la cultura a la que pertenecen (de familias indígenas), así su trato no diferencia edades más si cuestionamientos para las adolescentes en los controles prenatales, en el momento del parto o en los controles del niño. Esa visión de ver más allá de lo simplemente biológico a la persona, pocos médicos lo llevan adelante, considerar sus características psicosociales no es relevante en los estamentos de los profesionales en salud.

Las adolescentes gestantes llegan a su primer control prenatal en salud en muchos casos al sexto o séptimo mes de embarazo y hay quienes no llegan como en uno de los casos, puesto que esta situación va ligada al anuncio de la noticia a la familia, y se da situaciones de esconder el embarazo. Luego de acudir a los controles prenatales, las adolescentes acuden al parto, posterior a ello deben asistir a los controles del niño. Los escenarios detallados, delatan que las adolescentes están en constante relación con el personal de salud, que a veces es buena, pero que en momentos se tornan dificultosos y excluyentes para este grupo.

“Al bebé lo tuve en hospital público, los médicos me trataban algunos bien y otros no, sus comentarios incluso me miraban y decían ‘mira una wawa cuidando a otra wawa’. Pero no todos, yo estuve interna una semana en el hospital y venían diferentes médicos cada día y unos reaccionaban así, haciéndome sentir mal y otros no, me hablaban normal.” (Estefany, 17 años).

“[...] hay una doctora que cuando he tenido a mi hijito lo ha bañado y lo ha traído y ¿cómo vas a tener así joven? me dijo y me ha reñido nomas me dijo ¿cómo vas a tener?, ¿dónde está su papá?, ¿aquí está? Yo no sabía que decirle y se empezó a llorar, también le sé decir no está aquí -ay como así -sabe decir te voy a mandar a otra señora que te va entrevistar en la camilla, me sabe mandar y me sabe dar una orden pero no se ir porque no se saber cómo” (Wendy, 17 años).

Como se puede apreciar en los relatos, pese a que las adolescentes tienen el derecho a la salud, deben confrontar situaciones de discriminación y falta de igualdad, lo que les lleva a no ejercer sus derechos de concurrir a los servicios de salud en otras situaciones.

2.1.2. Las parejas de las adolescentes

Las adolescentes utilizan su tiempo libre o el tiempo que permanecen en los establecimientos educativos en actividades para fortalecer sus relaciones de pares, en esta socialización en la mayor parte de las adolescentes se establece su primera relación amorosa. Por lo general, las relaciones amorosas las lleva a tener sus primeras experiencias sexuales.

Las parejas de las madres adolescentes son mayores en un año o dos en más de la mitad de los casos observados, otra proporción importante tiene o pasa los veinte años de edad, y en algunos casos tienen la misma edad.

Existen parejas que al momento de conocer la gestación niegan su responsabilidad y desaparecen del escenario, otros apoyan a la pareja de diferentes maneras y magnitudes. En ambas situaciones, esta decisión de las parejas de las adolescentes está o secundada o propiciada por su familia.

2.1.3. Información y uso de anticonceptivos

Los adolescentes no asisten a los servicios de salud para obtener información en cuanto a salud sexual y reproductiva se refiere, tampoco se consideran estos temas en el colegio como orientación en las primeras experiencias sexuales y no se reflexiona al interior de los hogares; es decir, en los ámbitos educativo, social y de salud esta población no es visualizada como población activa sexualmente, por lo tanto, la información sobre anticonceptivos les es negada. En consecuencia, las y los adolescentes en su primera relación sexual no usan ningún método anticonceptivo por desconocimiento, temor o porque no consideran posible un embarazo, resultado de ello se da un embarazo no deseado.

Una vez que están en gestación o son madres, las adolescentes asisten más a los controles médicos donde abordan los temas de planificación familiar de forma superficial, según su percepción. La información idónea o no, se confronta al momento de decidir por el uso de alguno de los métodos anticonceptivos, por una parte para las adolescentes en unión pesa la decisión de sus parejas, quienes desde una visión machista, rechazan su uso; por la otra las adolescentes solteras se niegan a sí mismas la posibilidad, porque les resulta difícil aceptarse como sujetos activos sexualmente, en este caso cuesta más abordar estos temas con este grupo, ya que su barrera de *estoy sola y no necesito* eso las aleja de la información necesaria y de poder elegir el uso de algún método; en ambos casos sus derechos sexuales y reproductivos se ven vulnerados (énfasis propio).

2.1.4. Relación entre los padres y la adolescente

Los padres de las adolescentes son los últimos en enterarse del embarazo, no sucede lo mismo con los adolescentes varones o jóvenes responsables de los embarazos, quienes acuden a sus padres buscando apoyo para conciliar la situación con la familia de su pareja. Es decir las adolescentes se ven más cohibidas para hablar a los padres sobre su gestación. A la vez tiene que ver con los roles de género reforzados desde la niñez dentro las familias.

“A mi mamá no le dije, yo tengo más confianza con mi papá y la verdad me daba miedo como iba a reaccionar, yo pensaba que iba a reaccionar mal o me iba a botar algo así y resulta que no pasó nada de eso, de hecho la que más me entendió fue ella (mamá), mi papá se molestó conmigo pero tampoco me hizo nada no me habló como por una semana; les avise a los siete meses, me han hablado, no me han reñido me dijeron ni modo, ya está hecho no se puede hacer nada, atentar contra la vida de ese bebito es pecado dijeron” (Estefany, 17 años).

Así estas restricciones, generan que las adolescentes mantengan imaginarios sobre cómo reaccionarán los padres al momento de saber la noticia, motivo que las lleva a considerar el aborto u ocultar el embarazo hasta etapas muy avanzadas. Cuando conocen del embarazo, los padres ejercen un poder de decisión, muchos resuelven la iniciación del concubinato entre sus hijos, en otros casos se las obliga a las adolescentes a permanecer en el seno familiar de origen.

2.1.5. Embarazo y estudios

La escuela, para algunas familias, aunque sea gratuita conlleva gastos por lo que las adolescentes se ven obligadas a abandonarla antes de terminar, para ayudar a los padres en la economía familiar, es decir algunas adolescentes no continúan su formación porque lo dejaron mucho antes de presentarse un embarazo.

“Antes del parto le ayudaba a mi mamá, vendía con ella, no estudiaba, lo he dejado hace tiempo” (Marina, 18 años).

Otro grupo representativo de las adolescentes, permanecen estudiando aunque recurran a permisos que les impida su asistencia regular a causa del embarazo, parto y maternidad; y pocas son las que abandonan su escolaridad, a pesar de que una vez que completan secundaria les es más difícil seguir estudios superiores porque requieren más recursos y tiempo que deben ser distribuidos con la crianza del hijo.

“En el colegio tenía permiso porque estaba mal y ya no podía ir al colegio, me lo traían mis tareas y las hacía en casa, esto pasó desde el séptimo mes de embarazo, volví al colegio en octubre porque seguía en el hospital [...]” (Estefany, 17 años).

“[...] en segundo trimestre mi mamá ha ido a hablar con mi asesora para que yo ya no pase educación física, porque decía que me iba a lastimar mi estómago, mis hermanas también ya sabían, ellas también ya no eran así, me trataban bien, hasta el segundo trimestre me han dado de baja los profesores y he pasado de curso” (Wendy, 17 años).

Queda claro, que la educación dentro la etapa del embarazo y maternidad continúa en muchas de las adolescentes, pues la legislación boliviana protege los derechos de las mismas (Código Niño, Niña y Adolescente art. 113), ya que prohíbe la expulsión de los establecimientos educativos de las adolescentes gestantes, no obstante en las instituciones se presenta casos donde las adolescentes son echadas del colegio directa o indirectamente. Directamente, responde al discurso que son una mala influencia o mal ejemplo para el resto de la población estudiantil y se las persuade para que dejen de asistir. Indirectamente, consiste en que las promueven automáticamente al grado escolar siguiente, para que el embarazo pase desapercibido en las unidades educativas y no sean cuestionados por las organizaciones de padres de familia. En algunos casos dejar la escuela, es cuestión personal que tiene que ver con las burlas de los compañeros y la vergüenza que sienten las adolescentes al sentirse descubierta. En cualquier forma que adquiera el abandono escolar, la adolescente ve restringida su educación.

Pese a ser familias en situación de pobreza, los padres contemplan expectativas de formación de sus hijas, lo cual se ve afectado frente a la noticia de un embarazo, porque se presupone una cancelación.

Así también las adolescentes refieren que algunas unidades educativas aceptan esta realidad sin discriminación, además coadyuvan para promover y garantizar los controles de salud en esta etapa.

“[...]estaba en el colegio Don Bosco (ciudad de La Paz) y ahí habían hartas (adolescentes embarazadas), éramos cinco que íbamos con nuestra barriguita al colegio, ahí no sentía discriminación, pero más antes estaba en el Técnico Uruguay ahí sí, el director era otra clase, me decía -no vengas, no vas a poder ni pasar educación física-, pero yo he pasado educación física hasta mis ocho meses normal, de eso me he salido de ese colegio y me he ido al Don Bosco, ahí bien, los profesores me han ayudado. Con las chicas que igual estaban embarazadas juntas íbamos a los controles médicos en el colegio, nos daban permiso” (Susana, 19 años, EG-2).

Es así que la escuela es una instancia protectora o de riesgo, antes y después de un embarazo, constituyéndose en una instancia garante del derecho a la educación y a la salud, entendiendo sus vivencias en cuanto a sexualidad, diferente a lo que el mundo adulto espera; o de riesgo cuando en este espacio se vulneran estos derechos.

2.1.6. El embarazo no deseado

Como el embarazo no fue deseado ni planificado, la adolescente al momento de confirmar esta situación, mantiene varias reflexiones que la obligan a no contemplar o poner en segundo plano los cuidados que debe tener en esta etapa.

Saberse embarazadas para las adolescentes presupone un proceso de aceptación y decisión que debe afrontar. El hecho de que tenga que contemplar

la noticia de la responsabilidad de la atención de un niño o incluso de una familia conlleva varios cuestionamientos, como el cómo reaccionarán los padres, tener que cancelar las perspectivas formativas o el tener que vivir con la pareja.

2.1.7. El sustento económico del hijo

Una madre adolescente no tiene autonomía económica total aunque trabaje, ya que la generación de dinero con miras a satisfacer las necesidades del hijo no es suficiente. Puesto que la falta de trabajos bien remunerados y la baja formación de las mismas condicionan que no logre conseguir una aceptable condición de vida.

“Me resulta difícil cuidar a mi hijo cuando se enferma, o sus dientes le empiezan a reventar y se inquieta, comprar sus pañales, criarles. Económicamente no me apoya nadie, yo vendo y trabajo en las ferias aprovecho. Para mis estudios mi mamá me da” (Wendy, 17 años).

“[...]mis papás- querían hacerme juntar entonces ellos han decidido que voy a quedarme con ellos, así ha pasado. Han quedado con el papá de mi hijito que tenía que venir cada semana a dejar para comprar alimentos para alimentarme ha pasado así, de ahí lo he tenido” (Jhovana, 16 años).

Al considerar a las adolescentes que se quedan bajo la tutela de sus padres, que reciben solo el apoyo de éstos, pero en condiciones económicamente inadecuadas de las familias, algunas de las adolescentes se ven obligadas a trabajar. En los casos de las adolescentes que viven en unión o concubinato establecidos por las familias o de que exista un acuerdo de formalización futura de la pareja, los varones trabajan y solventan algunos gastos, cualquiera sea el caso, las familias toman responsabilidad en la economía de la madre e hijo.

2.1.8. Estrategias de cuidado

En estos contextos, el tiempo de cuidar se ve afectado con la actividad laboral de la madre, más si ésta no puede llevar consigo al lugar de trabajo al hijo, la familia es la que generalmente contribuye en el cuidado del niño.

“Geronimus propone la idea de que en los contextos en los que se puede contar tempranamente con el soporte de las redes de parentesco, redes que se van desgastando con el transcurso de los años, el embarazo durante la adolescencia representa una estrategia para maximizar el bienestar de los niños” (cit. en Adaszko, 2005: 56). En nuestra población, existen estas redes de cuidado en las familias, las mismas están constituidas por las hermanas menores que son adolescentes, las hermanas mayores y las madres de las adolescentes.

Igualmente, las madres adolescentes, reconocen que es difícil cuidar a sus hijos y son sus madres u otro familiar quienes en su mayoría les enseñan a cuidar al infante en general, en algunos casos el personal de los servicios de salud las orientan en sus primeras experiencias de cuidado como la lactancia materna, la forma de envolver y de sostener a un bebé entre otras.

“Yo he tenido a mi primer bebé cuando tenía casi 14 años, para mí era bien difícil criarlo a ella, a mí me llegaba mucho sueño en las noches entonces no podía atenderla, se me enfermaba a cada rato, el segundo he tenido a los 15 años igual era bien difícil no podía mantenerlo porque esas veces mi esposo estaba estudiando, cuando he cumplido mis 18 años he tenido a mi otro hijito, he madurado, antes era como una niña no me daba cuenta de lo que hacía, ni como cargarla, la manejaba en las noches patas arriba. Es bien difícil

cuando lo tienes y eres menor de edad como criarlo al bebé, mi mamá me ha dejado cuando tenía seis años y yo he crecido con mis hermanos, yo hacía todo lo que me decían. Cuando ya he tenido a mi bebé no podía hacer, ya no había quien me diga cómo debía hacer las cosas, he tenido que aprender sola” (Margarita, 25 años, EG-2).

2.1.9. Expectativas de vida y crianza de los hijos

Los embarazos no estaban contemplados como expectativas de vida de este grupo, por lo que muchas veces interfieren con los planes previos antes de ser mamás, quienes tenían pensado seguir una carrera universitaria, posteriormente esto cambia, se prioriza poder concluir sus estudios de secundaria, también algunas optan seguir carreras técnicas, para que a través de las mismas puedan mejorar su calidad de vida y en el caso de contar con apoyo familiar mantienen sus expectativas anteriores.

Con el nacimiento del hijo, las madres adolescentes, sienten mayor impulso para seguir estudiando, aunque algunas no lo hacen por la falta de recursos económicos, deben conciliar el cuidado del hijo, la actividad laboral y las tareas domésticas restando importancia a su formación.

Pasa lo mismo con los adolescentes varones que toman responsabilidad de la crianza del hijo, por trabajo o por el cuidado que el hijo demanda.

“Ahora que soy papá ya no juego, mas antes[...], solía ir a jugar fútbol, me dejaban salir casi de noche, me decían ya (mis padres) pero ahora ya no. Mi hermano es profesor, yo también quería ser profesor [...] cuando ha salido se ha ido a los Yungas, sabe jugar, más me ha atraído de lo que es profesor que sabe ir a jugar (fútbol) en los inter-yungueños, yo también quería ser como él, yo también quería ir a jugar, quería ser jugador pero siendo profesor[...] yo no quería ser papá a temprana edad[...], mis planes a futuro es terminar esta carrera de enfermería y luego en este año mismo quiero postularme a la UMSA y de aquí a cinco años ser un licenciado, me gusta enfermería es mi plan a futuro de ahora” (Mauricio, 19 años).

“En contextos fuertemente marcados por desigualdades de género y clase, la maternidad se presenta más bien como fuente de reconocimiento social” (Le Van, 1998 cit. en Adaszko, 2005: 56), para las jóvenes mujeres desprovistas de proyectos educativos y profesionales, lo que se observa en algunas adolescentes, como expectativas de vida es la consolidación de la familia a través de tener más hijos.

También más que el embarazo o maternidad en la adolescencia como factor determinante para cambiar un proyecto de vida, en la situación de desigualdad de género en que vive éste grupo, prima el poder del varón para que la mujer pueda o no seguir adelante con su proyecto de vida.

“[...] yo he ido hasta cuarto básico, yo quería seguir el CEMA como mi hijito está estudiando yo poder enseñarle, y él no me ha dejado a mí, yo le he dejado estudiar todo, estaba en tercer año de la universidad, yo le he apoyado, yo le he mantenido, yo me he sacrificado de todo y nada, lavaba ropa para pagar sus estudios, ‘yo voy a salir y tú vas a ir al CEMA’ así me decía cuando un año le faltaba para acabar sus estudios, cuando ya ha pasado el año ya no ha querido qué vaya estudiar ‘en el CEMA hay muchos hombres’ me ha dicho y no me ha dejado, por eso a veces me siento mal, me arrepiento, nunca debí hacerle estudiar” (Margarita, 25 años, EG-2).

2.2. En relación a la experiencia

2.2.1. Antecedentes

La forma como se configura esta experiencia de abordaje con adolescentes no se separa en la actualidad de la persona que le dio su primer impulso. Ella es Cecilia Uribe, médico pediatra, quien vino a trabajar al Hospital “Los Andes” hacia comienzos del año 2004, la experiencia es la implementación del “Consultorio de la Madre Adolescente y su hijo” que a partir del año 2007, es un aliciente para las adolescentes quienes a través de la consulta de sus niños logran orientación y atención en algunos problemas que les atingen al ser mujeres y madres jóvenes.

A su llegada al hospital, había sido y era en ese momento miembro del Comité de Adolescencia de la Asociación Boliviana de Pediatría, en esa función voluntaria realizaba varias actividades como talleres, cursos y congresos médicos para tratar la problemática adolescente.

Muy pronto se da cuenta que “los adolescentes no acuden mucho a los servicios (de salud), no se enferman” (entrevista doctora Uribe, 2013), por lo tanto se dificulta el trabajo planteado ante esa invisibilización del adolescente, no solo en este servicio de salud, sino en la mayoría³. Empero se fue captando los pocos adolescentes que acudían para la atención, sin dejar de lado sus deberes como pediatra, que no le permitieron contar con suficiente tiempo para realizar las actividades que se había trazado en primera instancia.

2.2.2. El trabajo con adolescentes

En el año 2005, el trabajo en el consultorio era difícil, demandaba mayor tiempo que no se tenía entre las atenciones en pediatría y las atenciones a los adolescentes. El personal administrativo que captaba a los usuarios derivaba a todos los pacientes adolescentes al consultorio de la doctora Uribe, pese a esto no se consigue lograr una Atención Diferenciada a Adolescentes.

Se iba a los colegios para desarrollar charlas de orientación y se realizaba reuniones en el hospital con grupos de adolescentes las cuales desaparecían en épocas de vacaciones. Asimismo se visitaba los colegios para realizar peso, talla y medición del índice corporal a aproximadamente 900 estudiantes de nivel secundario, dentro de esta actividad se descubrió que muchos de los adolescentes tenían desnutrición crónica traducida en la talla baja que presentaban. En suma, la atención que se brinda a los adolescentes abarca un periodo de cuatro años entre 2004 y 2007.

2.2.3. Empieza el Consultorio de la Madre Adolescente y su Hijo

Si bien la atención a adolescentes es una gran necesidad, el requerimiento era por otro lado, en el año 2007, se hizo un levantamiento de datos, en el mismo se conoce que en el Hospital Los Andes el 41% de partos era de adolescentes, aquí se hace esta reflexión “los otros adolescentes necesitan pero aquí está la

3 Al respecto Stern (2012) dice: “Por supuesto que se requiere extender y mejorar la atención a la salud a los adolescentes, quienes han estado poco menos que en el limbo: ya no son niños o niñas y, por lo tanto no acuden al pediatra; pero tampoco son ni deben ser tratados como si fueran adultos, por lo que no acuden a los servicios para éstos”.

“Las necesidades y derechos de los adolescentes y jóvenes en materia de salud no figuran en la agenda política de salud, ya que se han priorizado otros grupos vulnerables. Uno de los factores que contribuye a esta omisión es que los adolescentes y jóvenes sufren de pocas enfermedades que ponen en riesgo sus vidas. De hecho las tasas de mortalidad de adolescentes y jóvenes son bajas en comparación con otros grupos etáreos y la mayor parte de las muertes son atribuibles a accidentes, homicidios-suicidios, causas vinculadas al proceso reproductivo y enfermedades crónicas y degenerativas”(MSD, 2010: Plan Nacional para la Salud Integral de la Adolescencia y Juventud Boliviana 2009-2013).

gran demanda de las madres adolescentes” (entrevista a profundidad, doctora Cecilia Uribe).

A fines de la gestión 2007, la doctora Uribe decide atender a las madres adolescentes a través de los servicios a sus hijos como pediatra. A este trabajo también se incorpora una ginecóloga y la jefa de enfermeras. Mientras la ginecóloga realiza la administración de los métodos anticonceptivos de manera inmediata a partir de la consulta, a solicitud de la madre y consejería de la doctora Uribe, también en ginecología se desarrolla consejería y orientación en temas de salud sexual y reproductiva a adolescentes gestantes y a las recientes madres en el posnatal. Uribe atiende a los niños de las madres adolescentes a las que orienta en temas de salud sexual y de acuerdo a la necesidad de las mismas se las remite a ginecología.

Esta forma de intervención interdisciplinaria, hace que los años 2008 y 2009, la atención brindada a las adolescentes a través de la consulta sea muy significativa, ya que las decisiones que tomaban las madres a través de la consejería, en relación a la prevención de embarazos subsecuentes, lograba una respuesta inmediata por ginecología. Las actividades eran coordinadas entre las tres profesionales y nacían nuevas expectativas para mejorar la atención, una de ellas era el poder tener un lugar con el equipamiento necesario para la exclusividad de atención de las madres adolescentes desde la gestación.

Mientras tanto conjuntamente con el director del hospital, se gestiona mayor espacio para la atención de las madres adolescentes, con la junta de vecinos de la zona “Los Andes”, para que se disponga los ambientes de la Casa de Junta, es así que se firma un convenio por cinco años para que el hospital pueda disponer de los mismos a partir de enero de 2010.

2.2.4. Un nuevo ambiente para las adolescentes

En la Casa de la Junta se contaba con una sala de espera exclusiva para las adolescentes, equipada con data show, sillas suficientes para las usuarias, estante acondicionado para proveer material bibliográfico a las usuarias, que a la vez eran utilizados para las reuniones del grupo de madres. El consultorio habilitado, dispuesto con material lúdico para los hijos de las adolescentes y todo lo necesario para la consulta. Sin embargo, si bien se contaba con el espacio y el equipamiento, las profesionales de ginecología y enfermería, mentoras y participantes de este trabajo, se habían marchado del hospital. Nuevamente la doctora Uribe se encontraba sola en este emprendimiento.

La atención a madres adolescentes y sus hijos en la Casa de la Junta tuvo una duración de dos años, a fines de 2011, la junta con el pretexto de realizar reparaciones a la infraestructura hace que se repliegue al personal de salud nuevamente a los ambientes del hospital. Este inconveniente afectó sobre todo al trabajo con grupos de madres adolescentes pues de vuelta en el hospital ya no se contaba con espacio para las reuniones, por el escaso espacio hasta el auditorio había sido utilizado.

2.2.5. El club de la madre adolescente

El trabajo con grupos de madres se realizó en dos periodos, durante el 2008 y 2009 en el auditorio del hospital y en el año 2011 en los ambientes de la Casa de la Junta. A partir de sesiones de información y educación se consolida la participación e interacción de las adolescentes gestantes y madres.

2.2.6. Descripción de la experiencia

La consulta se desarrolla en pediatría a los hijos de las madres adolescentes y jóvenes, la edad contemplada en este consultorio son madres hasta 25 años de edad. La atención que se brinda en este espacio se caracteriza por:

A las madres adolescentes se les habla por su nombre propio: El hablarles por su nombre a las madres adolescentes genera un mayor acercamiento hacia la adolescente por parte de la doctora, desde la atención y distinción como persona. Con esto las adolescentes sienten más familiaridad y confianza para acudir a la doctora y preguntar lo que les aflige. Además hablarles por su nombre en muchos casos es la puerta hacia la subjetividad de las adolescentes, ellas a partir de esto no solo describen el problema de salud de su hijo, sino relatan sus propias historias de vida.

Se utiliza un tono amable de voz: Las adolescentes que acuden al servicio por lo general debido al contexto, son extremadamente reservadas y en muchos casos son introvertidas, temerosas cuando sienten que las riñen o gritan, que tal vez puede ser mal interpretado desde su visión de adolescentes, pero que las puede alejar de la consulta médica.

El trato cordial, respetuoso y honesto a la madre adolescente y su hijo: Complementando al anterior punto, el trato se constituye en un factor positivo para entablar una buena relación médica-adolescente, esta relación interpersonal hace más ameno el momento de la consulta y fortalece la autoestima de la madre. Ellas como madres sienten y valoran a la vez el trato que la doctora ofrece al niño, en el transcurso de la revisión médica, en la cual resaltan la paciencia que demuestra en la atención con los infantes.

La revisión minuciosa del paciente niño: Tiene que ver con la calidad en la atención del paciente, en concordancia con el SUMI y los procedimientos del AIEPI (Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes en la Infancia), la atención que se debe brindar a los niños debe ser enmarcada dentro la integralidad, en cumplimiento con ello la doctora hace la revisión completa del paciente, a la vez hace la vigilancia de la lactancia materna, peso y talla, seguimiento de las vacunas, administración de micronutrientes, revisión y derivación de los problemas dentales, seguimiento de la alimentación cuando el niño comienza a comer.

Consejería sobre los métodos anticonceptivos: El tiempo para el abordaje para la prevención del embarazo dentro el consultorio es relativamente corto, por lo que no es posible hacerlo con todas las adolescentes que asisten. Hablar sobre este tema es difícil para las adolescentes, pero cuando notan la necesidad de espaciar sus embarazos, haciendo caso a la consejería, la mujer adolescente se ve ante otros obstáculos que no le permiten efectivizar las orientaciones recibidas, que son las imposiciones machistas de las parejas o los mitos existentes alrededor de los métodos anticonceptivos. Dentro del uso de algún método anticonceptivo, son importantes los controles médicos después de optado por uno, que también son alentados a partir de la consulta.

Se garantiza que las indicaciones sean entendidas por la madre adolescente: El explicarles que es lo que deben hacer es muy importante, ya que garantiza que la aplicación que les den en los hogares a los hijos sea efectiva y no peligrosa de ser administrada de manera incorrecta. Para esto la doctora les indica pacientemente por pasos lo que deben hacer, usando algunos materiales con los que cuenta en el consultorio y mostrando de manera práctica, además le da más tiempo cuando ve que las madres no comprendieron la indicación. Las indicaciones que brinda la doctora en muchos casos generan que las madres sientan un interés por ellas y por sus niños.

En la primera consulta se le facilita un acompañante: Las madres adolescentes que acuden a su primer control de su niño en este hospital se sienten algo desubicadas, en consideración con esta situación la doctora al enviarle hacia otro servicio requerido como farmacia, rayos X, trabajo social,

pide a la enfermera, interno, estudiantes o asistente que las acompañen a éstos, en algunos casos deja claro que por cualquier duda vuelva al consultorio para que pueda ser dilucidada.

Se alienta e informa sobre el estado y mejora del niño: La información adecuada sobre el estado del niño es importante, ya que las madres se sienten alentadas en el tratamiento cuando los niños mejoran su estado de salud. Ya se ha visto que a este grupo responden muchas adolescentes que son tímidas, poco comunicativas, con baja autoestima, introvertidas; por lo tanto a veces sienten temor para hacer algunas preguntas a la doctora, aunque ésta trate siempre de ganar su confianza, así las adolescentes necesitan por lo menos escuchar que sus hijos están bien en el caso que se un control de rutina.

Se hace hincapié sobre la próxima consulta: También es importante recalcar la fecha de la próxima visita, lo cual resulta para las adolescentes importante acatar por la salud de los niños. Asimismo, en caso de desnutrición se hace más frecuente hacer el seguimiento al niño cada mes. Para los sellos de sus bonos las madres generalmente acuden cada dos meses, pero en casos que requiera mayor vigilancia de la salud del niño, la doctora les recomienda controles más seguidos hasta la recuperación del niño.

2.2.7. Valoración de la experiencia

De acuerdo a las percepciones de las adolescentes la experiencia es útil e importante dentro el auto cuidado de las adolescentes y el cuidado de los niños, aunque tenga algunas limitaciones por falta del apoyo estatal, y de normativas para la implementación de un seguimiento más formal a los casos de las madres. De esta experiencia se desprenden dos prácticas trascendentales, una la prevención del embarazo y la otra tiene que ver con el cuidado de los infantes en edades tempranas a través del control pediátrico, empero ambas temáticas se establecen desde una perspectiva de derechos y de género.

“el consultorio [...] es muy útil para las mamás adolescentes porque una mamá de 17 años es muy distinta a una mamá de 37 años, porque ella sí tiene hijos en cambio de nosotras es nuestra primera vez, no sabemos qué hacer, nos sentimos inseguras. Por ejemplo al principio no sabía ni como dar de lactar a mi bebé y ella me ha ido enseñando poco a poco, como tengo que sacarle los gases y todo lo he aprendido con ella, todo lo que sé sobre el cuidado de mi bebé es gracias a ella (doctora Uribe)” (Luciana, 17 años).

“Está bien la atención pero en otros consultorios nos tratan mal [...] con la doctora si está bien, en otros consultorios te riñen te preguntan la edad y te discriminan, te dicen ‘tu wawa debes estar estudiando’, la doctora no es así [...] hasta a los bebés les trata bien con cariño [...]” (Laura, 18 años, EG-1).

La idea del consultorio de la madre adolescente y su hijo es lograr un espacio exclusivo para las adolescentes y sus hijos desde la gestación, además que la atención sea más interdisciplinaria desde un enfoque de Atención Integral y Diferenciada al Adolescente, (AIDA) recientemente asumido, aunque como muestra la experiencia no ha sido sustentable por ausencia del apoyo estatal.

La práctica responde a la necesidad de contar con atención en salud a los hijos de las madres adolescentes, puesto que si bien las adolescentes mantienen el rol de ser mamás desde sus propias progenitoras deben aprender a tratar enfermedades características de la edad infantil así como de cuidados básicos al infante, a la vez cuidar su propia salud espaciando sus embarazos desde sus derechos reproductivos y sexuales.

El mayor riesgo en cuanto a sostenibilidad que tiene esta experiencia es que se concentra en las prácticas y motivaciones de una de las profesionales en salud, si bien el personal en salud que le rodea tiene una mayor sensibilidad con las madres adolescentes, en el caso de que faltara esta persona la experiencia posiblemente no continuaría.

3. Conclusiones

Las diferentes situaciones que viven las adolescentes están colmadas de vulneraciones a sus derechos de educación, salud y protección, pese a que se observa un cambio en las perspectivas en muchos de los padres en cuanto a la formación de sus hijas, sin embargo el embarazo es tratado como algo anormal e inaceptable en las escuelas, fuera de las pautas sociales pese a la gran presencia de casos. Esto lleva a obstaculizar la continuidad de su formación en los establecimientos educativos, en los que visualizarlas es un *mal ejemplo de ser estudiantes* ante la sociedad. Así también, en los hospitales son tratadas como otra paciente más, sufriendo los mismos o más malos tratos que soportan las mujeres en los servicios públicos (énfasis propio).

Surge a partir de la experiencia en el hospital, la importancia del autocuidado en el cual es importante conocer y decidir acerca de la sexualidad de cada una de las adolescentes, la cual se viabiliza con la consejería y el diálogo que se fomenta en el consultorio de la madre adolescente y su hijo, partiendo de un trato cordial, respetuoso y honesto.

Las políticas en salud en Bolivia contribuyen a la atención de los adolescentes, éstas avanzan de forma positiva pero lentamente a los procesos de desigualdad socioeconómica y riesgos que vive esta población, en este campo se observa aciertos importantes como el SUMI (Seguro Universal Materno Infantil) a partir de 2003, tiene carácter universal y beneficia a las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los seis meses posteriores al parto y a los niños hasta los cinco años de edad, este seguro hace que los servicios sean gratuitos (Ibíd.) y el Bono Juana Azurduy⁴ establecida por Decreto Supremo 066 de 2009, se constituye en un aliciente que se brinda a las madres que cumplen con sus controles y los controles de sus infantes. A nivel municipal el Seguro Escolar Social Obligatorio, ofrece prestaciones de salud al grupo poblacional comprendido entre los 6 y 18 años, esto quiere decir que están incluidos los adolescentes del Municipio de El Alto cuyo objetivo tiene como una de sus prioridades disminuir las enfermedades prevalentes que afectan a la población altaña, poniendo énfasis en niños y adolescentes.

Más dichas políticas no están dirigidas exclusivamente para las madres adolescentes, que si bien contribuye a que esta población acceda a los servicios no garantiza que se superen las barreras institucionales.

La atención a las madres adolescentes es una iniciativa que debe ser considerada dentro las políticas públicas de salud para una concreción más planificada, reconocida y equipada por recursos logísticos suficientes; ya que este espacio brinda una interacción efectiva entre la madre adolescente y la profesional en salud, puesto que dejar esta tarea en manos de una persona, en un contexto donde la demanda crece día a día será insostenible y no logrará

4 Si las madres cumplen con sus controles médicos, recibirán Bs. 50 por el primer control prenatal, hasta el tercer mes de embarazo; Bs. 50 por el segundo control prenatal, entre el cuarto y quinto mes de embarazo; Bs. 50 por el tercer control prenatal, entre el sexto y séptimo mes de embarazo; Bs. 50 por el cuarto control prenatal, entre el octavo y noveno mes de embarazo; Bs. 120 por parto asistido y certificado por personal de salud, y su control hasta siete días después del parto, Bs. 125 por cada uno de los 12 controles del niño realizados cada dos meses, desde que nace hasta que tenga dos años de edad. (El monto total recibido será de Bs. 1.500). Haciendo un total de Bs. 1.820 en 33 meses (Cartilla Bono Juana Azurduy de Padilla, elaborado por UNFPA-Bolivia y FCI, s/f).

satisfacer a toda su población. Dichas limitaciones debieran ser cubiertas por el Estado quien es el garante del derecho a la salud de la población (Nueva Constitución Política del Estado art. 18).

La experiencia también trae a colación que es un tema pendiente en nuestro país trabajar la prevención de embarazos adolescentes una vez que son madres, al igual que la misma, la consulta del hijo puede y debe ser aprovechada para apelar los problemas de salud de la madre como los embarazos subsecuentes. Igualmente esta práctica coadyuva con el cuidado que reciben los niños, porque promueve conocimientos y habilidades en las adolescentes útiles para la salud infantil.

Ciertamente, para que la y el adolescente decida genuinamente sobre su sexualidad, la educación sexual debe darse en edades tempranas desde enfoques interculturales y de género incorporándose en la Educación Formal a partir de los programas de estudio del nivel secundario. Si bien la escuela es el escenario más recomendable, los expertos en temas de salud sexual y reproductiva están en los servicios de salud, a los cuales los adolescentes raramente acuden, por lo tanto una política pública más integral entre ambos sectores (educación y salud) contribuiría de mejor forma la incorporación de estos temas en la vida de las y los adolescentes.

Es importante además, cambiar las relaciones de género desde las familias, para que la participación del varón sea más visible en la crianza de los hijos, además en los servicios de salud promover una mayor concurrencia en los controles del niño no solo en el caso de los padres adolescentes.

Otro aspecto importante es que en los ámbitos de salud, el personal es poco amistoso, la experiencia expuesta, nos enseña que para tratar a las adolescentes esto es un elemento fundamental que debe ser cambiado, incorporándose en las prácticas de salud desde la etapa de formación profesional.

La experiencia tiene algunas limitaciones en cuanto a efectividad e impacto, puesto que no presenta datos cuantitativos que nos permitan medir el impacto, pero si cuenta con casos cualitativos que permiten observar el cambio en las actitudes, conocimientos y comportamientos de las adolescentes madres con respecto a su salud y la salud de sus hijos. En cuanto sostenibilidad, existe también ciertas dificultades para que los cambios permanezcan, principalmente en las sesiones de los grupos de madres, donde se refleja la falta de recursos humanos y materiales.

En las otras categorías muestran importantes avances, responde a la necesidad de un buen trato de las madres adolescentes y a la atención en salud con calidad y calidez de los hijos. Promueve la participación de la mujer en su salud, en la defensa de sus derechos y la salud del hijo. También logra que las adolescentes prevengan embarazos subsecuentes para cuidar su cuerpo y el bienestar de sus niños.

Bibliografía

- Adaszko, Ariel (2005). "Perspectivas socio-antropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo" en *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*, Coord. Mónica Gogna. CEDES-UNICEF. Buenos Aires.
- Cordero, Dilberth (2008). *Integración del Manejo de los y las Adolescentes y sus Necesidades – IMAN Clínico. Guía para el Facilitador*. Ministerio de Salud y Deportes. La Paz.
- Farah, Ivonne; Salazar, Cecilia; Sostres, Fernanda; Fernanda Wanderley (2012). *Hacia una política municipal de cuidado – integrando los derechos de las mujeres y la infancia*. CIDES-UMSA. La Paz: Plural.

- MSD-Ministerio de Salud y Deportes (2012). *Norma Nacional para la Atención Integral y Diferenciada a Adolescentes y Jóvenes*. La Paz.
- MSD-Ministerio de Salud y Deportes (2010). *Plan Nacional para la Salud Integral de la Adolescencia y Juventud Boliviana 2009-2013*. La Paz.
- MSD-Ministerio de Salud y Deportes; Instituto Nacional de Estadística (2008). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) 2008*. La Paz.
- MSD-Ministerio de Salud y Deportes, UNFPA. (2005). *Guía de sensibilización en Atención Diferenciada para Adolescentes*. Serie: documentos técnico-normativos. La Paz.
- MSD-Ministerio de Salud y Deportes; Instituto Nacional de Estadística (2003). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) 2003*. La Paz.
- Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (2009). *Situación del embarazo en la adolescencia en la Subregión Andina*. Comité Subregional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Lima: ORAS - CONHU.
- Pautassi, Laura (2007). *El cuidado como cuestión social: una aproximación desde el enfoque de derechos*. Serie Mujer y Desarrollo N° 87, CEPAL: Santiago de Chile.
- Pasqualini, Diana; et al. (2010). *Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral*. 1a ed. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- Quintana, Alicia e Hidalgo, Catalina (2003). *Acertando distancias entre proveedores de salud, adolescentes y jóvenes, Servicios de Salud Amigables en Bolivia, Perú y Ecuador*. Lima: IES y Washington D.C.: Advocates For Youth.
- Stern, Claudio (2012). *El "problema" del embarazo en la adolescencia. Contribuciones al debate*. México D.F.: El colegio de México.
- UDAPE - UNICEF (2006). *Bolivia. Evaluación de Impacto de los Seguros de Maternidad y Niñez en Bolivia 1989-2003*. La Paz, Bolivia.
- UNFPA-Bolivia y FCI (s/f). *Cartilla Bono Juana Azurduy de Padilla*. La Paz.
- UNFPA y Ministerio de Justicia (2009). *Encuesta Nacional de la Adolescencia y la Juventud 2008*. Viceministerio de Igualdad de Oportunidades. La Paz.
- UNFPA/FCI Bolivia (2008). *La salud sexual y reproductiva de las poblaciones indígenas de Bolivia. Tierras bajas, valles y altiplano*. La Paz: UNFPA/FCI.
- UNFPA (2005). *Capacitación en derechos y Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe*. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER). Santiago de Chile.
- UNICEF (2011). *Estado Mundial de la Infancia 2011*. Nueva York, EEUU. www.unicef.org/spanish.
- UNICEF (2010). *Guía de recomendaciones para la Atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad*. Buenos Aires.
- UNFPA (2010). *Sistematización y conclusión del diagnóstico: Buenas Prácticas para la Prevención de Embarazo en Adolescentes (PEA) en Bolivia "Municipio La Paz"*. La Paz.
- Uribe, Cecilia y Ma. Luisa Santibáñez. (2012) *Guía de sensibilización en Atención Diferenciada para Adolescentes*. Ministerio de Salud y Deportes. La Paz.